Rok XXVI. Kraków, 19 Listopada 1887. Nr. 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń.
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

I. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Dra Hlavy w Pradze czeskiéj.

Chroniczne zapalenia śródmiąższowe wątroby (Hepatitis interstitialis chronica).

Podał
Dr. Andrzéj Obrzut,
Docent anatomii patologicznéj i I. asystent patologiczno-anatomicznego Zakładu.

Praca niniejsza zawdzięcza swój początek życzeniu mego czcigodnego przełożonego prof. Hlavy, abym na podstawie materyjału w tutejszém muzeum i przypadków bieżących opracował temat powyższy z główném uwzględnieniem różnic histologicznych, jakie przy zapaleniach śródmiąższowych wątroby napotykamy. W kwestyjach, które na podstawie samego badania histologicznego dotyczącego przypadku nie dały się rozstrzygnąć, musiałem się udać na drogę eksperymentu. Tak cyfra przypadków obdukowanych w tutejszym Zakładzie, jakotéż ilość wykonanych eksperymentów nie jest imponującą, ale też za to starałem się tém więcéj wyzyskać każdy przypadek używając przytém metod, jakie dzisiaj w technice mikroskopowéj za najlepsze są uznane.

A) Marskość zanikowa i przerostowa.

Jak we wszystkich organach miąższowych, tak i w wątrobie, według zgodnego zdania autorów, siedzibą i punktem wyjścia dla spraw chroniczno-zapalnych i nowotwórczych jest tkanka podstawowa (*Stützgewebe*) tegoż organu, czyli torebka Glissona z wszystkiemi swemi rozgałęzieniami, miąższ zaś ma się zachowywać zupełnie biernie. Tylko Ackermann [1]) czyni pod tym względem wyjątek i za punkt wyjścia marskości zanikowéj Laënneca uważa pierwotne zwyrodnienie obwodowych części zrazików, a jako odczyn na to przeobrażenie wsteczne komórek wątrobowych przyjmuje sprawę zapalną w tkance łącznéj okołobramnéj.

[1]) *Ueber atrophische u. hypertrophische Lebercirrhoose Virchows Archiv* t. 80.

Panuje daléj między autorami zupełna zgoda, że cała sprawa marskości odbywa i rozpoczyna się na obwodzie zrazików, czyli w przestworach bramnych wzdłuż rozgałęzień żyły bramnéj. Sabourin [1]) zaś, a z nim i inni autorowie francuscy (np. Cornil i Ranvier [2]) początek zmian zapalnych i produktywnych odnoszą do rozgałęzień żył wątrobowych, z których dopiero późniéj sprawa ta przenosi się na tkankę łączną okołobramną. Topograficzne stosunki nowopowstającéj tkanki łącznéj skłoniły Sabourina [3]) do podania osobnéj własnéj teoryi co do budowy histologicznéj zrazika wątrobowego. Zrazikiem wątroby (*acinus, lobulus, ilôt*) dla niego jest część miąższu ugrupowana około przewodu żółciowego międzyzrazikowego (autorów), a między najbliższemi żyłkami środkowemi (*venulae centrales*); co zatém dla wszystkich innych autorów jest środkiem zrazika, to dla Sabourina jest tylko punktem obwodowym jego zrazika; odwrotnie zaś przestwór międzyzrazikowy autorów jest dla niego punktem środkowym jego zrazika. Główną podstawę swéj teoryi upatruje autor w téj okoliczności, że wyspy miąższu zachowanego a otoczonego ze wszech stron tkanką łączną nie odpowiadają temu, co autorowie nazywają zrazikiem, ale przeciwnie są czémś wprost przeciwném ze względu na normalne zraziki, bo na obwodzie ich znajduje się żyła wątrobowa, a w środku kanał bramny. Jeśli w ogóle w środku takiéj wyspy cirrhotycznéj coś znajdujemy, to według Sabourina nie jestto nigdy *venula centralis*, tylko gałązka żyły bramnéj z przewodem żółciowym i tętnicą międzyzrazikową. Proponuje dla tego dla marskości zanikowéj nazwę *Cirrhose centrale rayonnante ou intralobulaire rayonnante.*

[1]) *Du rôle que joue le systeme veineux sushepatique dans la topographie de la cirrhose du foie. Revue de méd.* juin 1882. — [2]) *Manuel de histologie pathologique.* — [3]) *Anatomie topographique du foie de l'homme. Le Progrès médical.* 6 *Janvier* 1882.

Dla wszystkich innych autorów *cirrohsis monolobularis* zawdzięcza swój początek nowowytworzonéj tkance łącznéj otaczającéj rozgałęzienia żyły bramnéj międzyzrazikowe, *cirrhosis* zaś *multilobularis* powstaje wtenczas, jeśli tylko niektóre gałązki międzyzrazikowe lub przedzrazikowe służyły za punkt wyjścia dla owych pierścieni łącznotkankowych. Przypuszczenie Ackermanna, że obszar tętnicy wątrobowéj, nie zaś żyły bramnéj, jest początkiem bujającéj tkanki łącznéj, nie ma wpływu na stosunki topograficzne téj tkanki, bo oba te naczynia przebiegają obok siebie w przestworach, które uważamy za granicę pomiędzy pojedynczemi zrazikami.

Znaczniejsze różnice i niepewność występują u autorów przy rozróżnianiu różnych postaci anatomicznych marskości. Od czasu, gdy postawiono hypotezę, że wątroba w pierwszym okresie marskości zanikowéj musi być zwiększona z powodu przekrwienia i wypociny w pochewce Glissona, śledzono makroskopowe zachowanie się tego organu tak wśród obserwacyj klinicznych, jakotéż na stole sekcyjnym. Na podstawie tych spostrzeżeń oddzielił w r. 1857 Todd [1]) właściwą postać marskości, która têm się różni od marskości zanikowéj Laënneca, że organ mimo innych własności właściwych téj marskości nie tylko do końca życia nie zmniejsza swéj objętości, lecz się znacznie nawet zwiększa. Jako objaw cechujący tę chorobę podano wybitną żółtaczkę a brak puchliny brzusznéj.

Hanot [2]) był pierwszym, który nadał téj postaci marskości podstawę histologiczną i nazwę: *Cirrhose hypertrophique avec ictère*, a jeszcze przed tym autorem Hagern [3]) zauważył w téj chorobie bujanie zapalne tkanki łącznéj nie tylko około zrazików, ale i w zrazikach samych.

Dopiero Charcot i Gombault zdefinijowali histologicznie marskość przerostową i podali histogenezę całéj sprawy. Według Charcota [4]) jestto rozlane, do całego organu odnoszące się, zapalenie przewodów żółciowych międzyzrazikowych, z których nastaje nowotworzenie tkanki łącznéj i nowych przewodów żółciowych na koszt zanikającego miąższu (*Angio-* i *periangiocholitis productiva*). Ten dośrodkowy kierunek, w jakim na obwodzie zrazików odbywa się nowotworzenie tkanki łącznéj, która na kształt licznych promieni wnika w obwodowe części zrazika ugniatając i niszcząc coraz głębsze jego warstwy, jakotéż nadmierne nowotworzenie przewodów żółciowych są według Charcota znamionami, które dostatecznie odróżniają marskość przerostową od zanikowéj.

Ostatnia według Charcota jest zawsze międzyzrazikową, a ze względu na nowowytworzoną tkankę łączną i stosunek jéj zrazików jest ona pierścieniową i wielozrazikową, a granica między nowopowstałą tkanką łączną a utrzymanym jeszcze miąższem jest ostrą. Pierwsza zaś w początkach swych jest wysepkową, zlokalizowaną także w przestworach międzyzrazikowych. Wysepki te są z początku zaokrąglone, a z nich w dalszym przebiegu powstają tępe wypustki, które dopiero późniéj łączą się z takiemiż z sąsiednich przestworów międzyzrazikowych. Ponieważ to dotyczy każdego z zrazików, dla tego marskość ta jest jednozrazikową; ze względu zaś na poczynające się od obwodu zrazików bujanie tkanki łącznéj i dążenie sprawy do środka, marskość ta jest także *intralobulaire à marche centripète*.

Przeciw téj nauce, dzisiaj we Francyi ogólnie przyjętéj, wystąpił w Niemczech pierwszy Ackermann [1]). Okoliczność, że powierzchowne warstwy miąższu w marskości atroficznéj składają się z komórek wątrobowych niezmienionych, a w tkance łącznéj przestworów międzyzrazikowych znajdują się często atroficzne komórki wątrobowe pojedynczo lub w grupach, skłoniła Ackermanna do wystąpienia przeciw twierdzeniu Charcota, jakoby miąższ wątrobowy w téj chorobie zanikał tylko pod wpływem ucisku kurczącego się pierścienia łącznotkankowego. Że nowotworzenie tkanki łącznéj w markości zanikowéj jest przeważnie międzyzrazikowe (okołozrazikowe), w przerostowéj zaś i wśródzrazikowe, przyznaje Ackermann, jednak nieabsolutnie, bo i w pierwszéj zniszczenie miąższu następuje pod wpływem tkanki łącznéj bujającéj do obwodowych części zrazików, a nie przez sam ucisk; w ostatniéj zaś tkanka łączna buja pomiędzy beleczkami wątrobowemi już w tym okresie, w którym jeszcze wielkość zrazików jest prawie normalną. W zasadzie zatém przyjmuje Ackermann przerostową postać marskości, jednakże nie w skutek tych różnic tkanki łącznéj, jakie ta w stosunku do miąższu okazuje, ale w skutek tego, że tkanka łączna w marskości zanikowéj ma właściwość organizowania się w tkankę zbitą, bliznowatą, kurczącą się, podczas gdy tkanka łączna w postaci przerostowéj téj własności kurczenia się nie posiada. Przyczyną téj różnicy tkanki łącznéj w jednym i drugim przypadku jest zachowanie się samego miąższu wątrobowego. W marskości zanikowéj nowopowstająca tkanka łączna ma cechy zapalenia oddziaływającego na zwyrodniałe (pod wpływem wyskoku) komórki wątrobowe, podczas gdy w formie przerostowéj nowowytwarzająca się tkanka łączna własności kurczenia się nie posiada, podobnie jak wytwarzająca się hyperplastyczna tkanka łączna w *Elephantiasis* lub w przekrwieniach biernych. Pseudokanaliki według Ackermanna nie cechują wcale marskości przerostowéj, w równéj ilości mogą się zdarzać tak w téj jakotéż w postaci zanikowéj. Genetycznie nie stoją w żadnym związku z zanikającemi komórkami wątrobowemi i nie wspólniczą z niemi a są prawdziwemi kanałami odchodowemi dla żółci i od ich zachowania się zależy istnienie i natężenie żółtaczki lub jéj brak.

Różnice dotąd podane między powyższemi dwiema postaciami marskości nie wystarczają dla Birch-Hirschfelda [2]) i autor ten postaci przerostowéj nie uznaje, uważając ją za pierwszy okres marskości zanikowéj. Orth [3]) przypuszcza istnienie marskości przerostowej, ale znaczenia jéj nie rozstrzyga, pozostawiając to przyszłym badaniom.

Ziegler [4]) dzieli marskość na 2 grupy: *hepatitis haematogenes* (obszar żyły bramnéj) i *hepatitis biliaris* (w zastoinie żółci z jakiegokolwiek powodu). Stan wątroby, w którym organ ten w skutek nowowytworzonéj tkanki łącznéj jest zwiększony, nazywa *hyperplastische Bindegewebsinduration*. Nieznaczny stopień zaniku komórek wątrobowych ma się zdarzać wtenczas, gdy tkanka łączna buja, a wątroba szczególnie wtenczas jest zwiększona. Ziegler nie porusza wcale najważniejszéj kwestyi. dla czegoto tkanka łączna, jeżli buja, nie kurczy się jak w marskości zanikowéj i nie sprowadza takiego samego zaniku komórek wątrobowych, a na podstawie tych 2 momentów zmniejszenia organu.

W obec omówionych powyżéj faktów nie można wraz

---

[1]) U Ackermanna l. c. — [2]) *Etude sur une forme de cirrhose hypertroph. Paris* 1876. — [3]) *Archives de physiologie normale et path.* 1874 pag. 265. — [4]) *Leçons sur les maladies du foie des voies biliaires et des reins. Paris* 1882.

[1]) *Ueber atrophische und hypertrophische Lebercirrhose Virchows Archiv* t. 80. — [2]) *Lehrbuch der path. Anatomie* str. 607 wyd. 2. — [3]) *Lehrbuch d. spec. path. Anatomie* 1886 str. 933. — [4]) *Lehrbuch d. path. Anatomie* 1886 str. 288.

z Birch-Hirschfeldem wątpić, że istnieje jedna postać marskości, która różni się znacznie tak klinicznie jakoteż anatomicznie od marskości zanikowéj Laënneca. Jakkolwiek nie jestto prawidłem bez wyjątków, że w marskości przerostowéj żółtaczka jest stałym objawem, a brak puchliny brzusznéj, to przecież objawy te są za częste, aby im odmówić wszelkiéj wartości i już klinicznie dostatecznie odróżniają jednę postać od drugiéj. Pod względem anatomicznym różnice są jeszcze wybitniejsze. Elementy, z których się składa obraz histologiczny postaci zanikowéj, są wprawdzie te same, co i w obrazie przerostowéj; i tu i tam mamy do czynienia z nowowytwarzającą się tkanką łączną w różnych stopniach organizacyi, ze zmianami na przewodach żółciowych, powstawaniem pseudokanalików i zanikiem postępującym miąższu na rzecz tkanki łącznéj, ale stosunek tych zmian do siebie pod względem ilościowym i topograficznym w obu postaciach jest dostatecznie odmiennym, aby już histologicznie odróżnić je od siebie. Już w saméj postaci zanikowéj różnice te istnieją, a jakkolwiek dają się podporządkować pod schemat dla téj choroby postawiony, nie mniéj istnieją one jednak i wpływają tak na przebieg kliniczny jakoteż na obraz anatomiczny. Wspomnę tu np. o sposobie bujania tkanki łącznéj (*c. annularis, multi- et monolobularis, dissecans*), o zachowaniu się miąższu samego, daléj zmianie na naczyniach krwionośnych, a ztąd i różnych stopniach puchliny brzusznéj. Tylko z uwzględnieniem powyższych okoliczności mogłem zestawić nową formę marskości zanikowéj [1]), mianowicie m. zanikową ostrą (*Cirrhosis atrophica acuta*). Przy opisaniu przypadku, który mi posłużył za ilustracyję téj postaci wypowiedziałem domysł, że na podstawie różnic nowowytworzonego miąższu wątrobowego, za który uważam kanaliki rzekome, i stosunku tego miąższu do zapalnie nowopowstałéj tkanki łącznéj klasyfikacyja różnych postaci marskości byłaby możebną. Miałem tu na myśli i postać przerostową, którą wbrew przypuszczeniu Ackermanna muszę zaliczyć do spraw zapalnych o przebiegu przewlekłym. (C. d. n.)

II. Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w drogach oddechowych.

Wydobycie szpilki z oskrzela drugorzędnego strony prawej.

Podał

Docent Dr. **Pieniążek.**

Dnia 23 czerwca b. r. przyszedł do mnie 14-letni student Tadeusz Paszkowski, podając, że dnia 19go t. m. bawiąc się t. z. fistulą, tj. rodzajem dmuchawki, służącéj do wydmuchiwania strzałki do celu, połknął tę strzałkę. Równie dmuchawka, jak i strzałka były przez chłopca zaimprowizowane, co mogło wciągnięcie strzałki do ust tylko ułatwić. Pierwsza była rurką przez niego z papieru zrobioną, strzałkę zaś, jak to na drugiéj przezeń przyniesionéj stwierdzić mogłem, urządził w ten sposób, że dość sporą kapslę przekłuł zwykłą szpilką (3 cm. długą), którą przymocował skręconą gałką z papieru wtłoczoną w kapslę nad łebek od szpilki. Przy dokładnem wypytywaniu pokazało się, iż szpilka nie połknięta, lecz w przewód oddechowy wciągnięta została. Chłopiec bowiem podawał, że pociągnął z fistuły do siebie, że wtedy wpadła mu szpilka w gardło, chciał ją wydostać palcami, między któremi poczuł jéj koniec, który jednak w chwili gdy westchnął, zniknął nagle. Odpowiednio do tego chłopiec nie podaje żadnych przypadów podczas połykania, czuje natomiast ból pod mostkiem z prawej strony jakby lekkie kłucie, zwłaszcza przy kaszlu. Przy badaniu laryngoskopijnem, które przedsięwziąłem, nie mogłem nigdzie szpilki zobaczyć. Nie mogąc na razie, jako podówczas sędzia przysięgły, rozporządzać dłużej swym czasem, kazałem przyjść choremu tegoż dnia wieczór w celu dokładnego zbadania. Przyszedłszy wieczór opisywał chory dokładnie ból, jako dość dotkliwe kłucie zwiększające się przy kaszlu, w okolicy chrząstki czwartego żebra po stronie prawéj stale umiejscowione. Badanie laryngoskopijne znowu przezemnie podjęte nie wykazało aż do podziału tchawicy, którą dokładnie zbadać było można, żadnego obcego ciała. Natomiast badanie płuc wykazywało po całej stronie prawéj jednostajne utrudnienie tak wdechu i wydechu, cechujące się szmerem właściwym zwężeniu, słyszalnym najbardziéj pomiędzy kręgosłupem a łopatką prawą, ale wreszcie jednakowym na całem płucu prawem i występującym tak podczas wdechu jak i wydechu. Z dala szmer ten nie był słyszalny przy zwykłym oddechu, natomiast występował lekko, gdy chory głębiej odetchnął. W obec tego musiałem rozpoznać, że szpilka uwięzgła w prawem oskrzelu głównem; matce chorego przedstawiłem, że należy zrobić tracheotomiję i przez ranę tracheotomijną próbować strzałkę wydobyć, że jednak wydobycie połączone jest z trudnościami, gdyż szpilka mogła się wbić ostrym końcem głęboko, że samo wyjmowanie połączone jest z pewnem niebezpieczeństwem, gdyż ostry jéj koniec sterczący ku górze może być przy wyjmowaniu powodem nowego, a może nieobojętnego zranienia, że nie mogę ocenić, o ile zręczność moja i ostrożność wystarczającą się tu okaże, że jednakże nie ma tu wyboru, w razie bowiem pozostawienia strzałki grozi niechybne zapalenie płuc z ropniem lub może zgorzelą. Nie chcąc jednak w tak ważnéj rzeczy decydować sam, zaproponowałem naradę lekarską z prof. Korczyńskim i prof. Obalińskim, która z powodu mych zajęć nie mogła się odbyć jak nazajutrz w południe, a więc w 5 dni po wpadnięciu strzałki. Podczas téj narady 24/6 opowiadał nam chłopiec, że obecnie czuje jakby strzałka przesunęła się jeszcze niżéj i zarazem ku tyłowi; kłucie w okolicy chrząstki czwartego żebra po stronie prawéj równocześnie ustąpiło. Przytem uskarżał się na lekkie dreszczyki. Przy badaniu okazało się tętno przyspieszone, cieplota 37·8. Badanie płuc wykazywało w miejscu, gdzie chory się na kłucie poprzedniego dnia uskarżał, na przestrzeni wielkości plessimetra odgłos wyraźnie bębenkowy, w tyle od połowy łopatki prawéj w dół stłumiono-bębenkowy. Nad tem stłumieniem słychać było szmer zwężenia, podobny jak dnia poprzedniego, tak przy wdechu jak i przy wydechu, obok osłabienia szmeru pęcherzykowego przy wdechu, gdy nad innemi częściami prawego płuca szmeru tego już wcale słychać nie było, natomiast prawidłowy szmer pęcherzykowy przy wdechu. Położenie więc przez noc pogorszyło się o tyle, że zaczęło się w dolnym płacie prawego płuca rozwijać zapalenie, a przytem ciało obce, które dnia poprzedniego tkwiło jeszcze w oskrzelu prawem głównem, dziś się już do drugorzędnego dolnego oskrzela zsunęło. W obec tego trudniejsze były warunki wydobycia go, mimo to jednak przedłożyłem obecnym Kolegom plan mój wczorajszy, opierając się na tem, że w oskrzelu dolnem drugorzędnem manipulowałem już nieraz i to tak dobrze po prawéj jak i po lewéj stronie, a mianowicie wyjmowałem z niego

---

[1]) *Chronische gelbe Leberatrophie oder acute Cirrhose Wiener med. Jahrbücher* 1886 pag. 463.

błony krupowe podczas napadów duszności po wykonaniu tracheotomii w przebiegu krupu występujących, że nawet przed paru tygodniami miałem taki przypadek, w którym to obecnemu tamże Drowi Eichhornowi demonstrować mogłem. Opierałem się nadto na tem, że w razie nieudania się mego zabiegu chory nie straci nic więcej, jak tylko niepotrzebnie wykonaną tracheotomiję, gdy w razie udania się można chorego uchronić od wszelkich następstw, jakieby mu grozić mogły. Propozycyję moją przyjęli obaj koledzy i tegoż dnia po czwartej przystąpiliśmy z kol. prof. Obalińskim do operacyi w szpitalu Śgo Łazarza, przy której asystował kol. Mężyk. Prof. Obaliński wykonał tracheotomiję przy uśpieniu chloroformowem, która z powodu kilkokrotnych wymiotów, a skutkiem tychże nastałego miąższowego krwotoku, zajęła nieco więcéj czasu. Po dokonanéj tracheotomii opuściłem choremu głowę w tył i zbadałem za pomocą rozwierającego się wziernika (dwulistnego wziernika cewkowego) przy lampie i reflektorze całą tchawicę. Następnie przystąpiłem do wyjęcia obcego ciała. W tym celu chciałem użyć pierwotnie szczypczyków krtaniowych Schröttera, nadawszy takowym odpowiednie zagięcie, gdy jednak wszystkie szczypczyki wydawały mi się za krótkie, użyłem własnych szczypczyków do polipów krtaniowych, z których kilka sztuk nieco za długich posiadałem. Narzędzie to jest zbudowane zupełnie na wzór Schrötterowskich szczypczyków, tylko że ząbki na tychże łyżeczkowych końcach zastąpione są ostrym brzegiem w moich szczypczykach. Poprzednio robione próby na podobnéj szpilce przekonały mnie przytem, że takową silniéj można uchwycić mojemi szczypczykami niż Schrötterowskiemi, z których się łatwiéj wysunąć dawały. Te więc szczypczyki wygiąłem lekko łukowato i wprowadziłem, rozwarłszy ranę tchawiczą, do prawego oskrzela, w którego końcu skierowałem je daléj w dół i ku tyłowi i rozwarłem następnie końce szczypczyków. Zwarłszy je napowrót, uczułem jakbym coś trzymał, nie będąc jednak pewnym, czy rzeczywiście szpilkę uchwyciłem, z lekka tylko zasunąłem szczypczyki i pociągnąłem lekko ku górze. Tu nietylko miałem uczucie wyślizgnięcia się szpilki, lecz usłyszałem, równie jak obok będący kol. Mężyk, właściwy temu ześlizgnięciu zgrzyt. Próbę tę z tym samym wynikiem powtórzyłem cztery razy, używszy cokolwiek tylko większéj siły. Gdy jednak szpilki wydobyć nie mogłem, przypuszczałem, że koniec jéj ostry wbity być musi w ścianę oskrzela. Postanowiłem więc starać się go uwolnić. Na razie spróbowałem jeszcze kilku szczypczyków Schrötterowskich, wszystkie jednak okazały mi się za krótkie, aby szpilki módz dosięgnąć, wróciłem więc do moich szczypczyków, któremi uchwyciwszy szpilkę wepchnąłem ją nieco głębiéj, wysunąłem następnie cokolwiek szczypczyki i próbowałem lekko końcem igły poruszać, poczem zamknąłem znowu szczypczyki, a uchwyciwszy w ten sposób szpilkę, wyciągnąłem ją bez uczucia silniejszego oporu. Wyciągając miałem uczucie, jakbym coś uchwycił i wyciągał, nie dowierzałem sobie jednak po kilku poprzednich zawodach; ujrzawszy szpilkę dopiero przekonałem się, że mnie to uczucie nie omyliło, a zarazem spostrzegłem, że chwyciłem ją tak szczęśliwie, że koniec szpilki dostał się w środek rurki, z któréj szczypczyki się wysuwały, był więc w ten sposób tak schowany, że nic zranić ani o nic się zahaczyć nie mógł. Był to może skutek owego poruszania i głębszego wprowadzenia szpilki, w każdym jednak razie przypadek bardzo szczęśliwy. Próbując późniéj chwytać tak szpilkę po omacku, przekonałem się, że mi się to w połowie może prób udawało przy kierowaniu się tylko poczuciem dotykowem. Wyjęta szpilka okazywała koniec zupełnie ostry, tak, że łatwo nim w ścianę oskrzela wbić się mogła, kapsla natomiast była trochę pogięta i nierówna, przez co też łatwo ścianę oskrzela w którem tkwiła rozranić mogła. Głębokość, do któréj szczypczyki wprowadzić musiałem, aby szpilkę uchwycić, oznaczyć mogę podług wystającéj nad raną tracheotomijną ich części na 19—20 cm.; przy wepchnięciu téj szpilki głębiéj, równie jak przy rozwarciu szczypczyków długość całego narzędzia od przetoki tchawicy aż do końca przenosić musiała 20 cm. To może być miarą, w jakiéj głębi szpilkę chwytać musiałem.

Po wydobyciu szpilki zostawiliśmy chorego na chwilę w spokoju, aby pokazać wydobytą szpilkę matce, która na wynik operacyi z niecierpliwością czekała. Chory tymczasem spał pod wpływem chloroformu spokojnie. Po uspokojeniu matki przystąpiono do zeszycia rany tracheotomijnéj i założenia opatrunku. Od początku operacyi do ukończenia opatrunku upłynęło niespełna półtora godziny.

Tegoż dnia wieczór zastałem chorego w dość dobrym stanie tylko znużonego, przy kaszlu odpluwał krwaworopiastą plwocinę; z powodu silnego kaszlu zaleciłem morfin z wodą laurową podobnie jak to już chory i poprzedniego dnia używał.

Dnia następnego, t. j. 25/6 znalazłem chorego w stanie bezgorączkowym, (ciepłota 37·2), plwociny krwaworopiaste, odgłos bębenkowy z prawej strony mostka ustąpił, w tyle stłumienie zupełne od połowy łopatki prawej w dół sięgające z dość słabym oddechem oskrzelowym i rzężeniami. Wieczór ciepłota 37·2. Dnia 26/7 wydawało mi się stłumienie nieco mniejsze od góry, ciepłota tak rano, jak i wieczór nie przechodziła 37·2. Dnia tego odwiedziłem chorego wraz z prof. Korczyńskim. Dnia 27/7 stłumienie zmalało tak znacznie, że tylko w dole poniżéj łopatki się znajduje, plwociny mniej obfite, bez krwi, śluzoworopiaste, ciepłota prawidłowa.

Następnego dnia stłumienia już wcale wykazać nie mogłem, dolna granica prawego płuca okazała się zupełnie ruchomą. Dnia 30/6 chory wstał, a wkrótce i wychodzić zaczął. Podnieść winienem w przebiegu choroby, że pomimo zapalenia płuc, które cały zraz dolny strony prawej zajęło, ciepłota nie przeniosła 37·8, a po wyjęciu ciała obcego już na drugi dzień spadła na 37·2; jakażby była ciepłota przy zwykłem zapaleniu płuc dławcowem tychże rozmiarów? Rana szyjna chorego częściowo zagoiła się *per primam*, częściowo zaś pod szwami wytworzyło się ropienie, skutkiem którego było potrzebnem rozcięcie w dole zrosłej już skóry, poczem zagojenie nastąpiło.

Z własnego doświadczenia znam przypadek ciała obcego w oskrzelach dotyczący chłopca lat około 15, który przed 7 laty wciągnął ołówek, który według wyników auskultacyi utkwił w prawem oskrzelu głównem. Chorego widziałem w 7 lat po zaszłym przypadku w szpitalu powszechnym w Wiedniu; dostał on nieżytu oskrzeli, któremu od lat 7 często podlegał, przyczem cierpiał dość znaczną duszność. Badanie wykazywało szmer zwężeniu właściwy pomiędzy łopatkami po obu stronach, silniej jednak po stronie prawej słyszalny. O wydobycie ołówka nie kuszono się wcale, chory pozostawał w szpitalu, dopóki nieżyt oskrzeli nie przeszedł. O przypadach, jakie nastąpiły bezpośrednio po inspiracyi ołówka, jak przebytem może zapaleniu płuc itp. nic się dowiedzieć nie mogłem.

W literaturze wreszcie znajdujemy więcej przypadków ciał obcych w oskrzelach, które bądź samoistnie wykrztu-

szone zostały, bądź też dały powód do tracheotomii z następnemi próbami ich wydobycia. Próby te jednak przy ciałach obcych w drugorzędnych oskrzelach nie zdaje się, aby były bardzo pomyślne, gdy Sanders w zestawieniu dotąd znanych przypadków tego rodzaju p. t. „*Ueber Fremdkörper in den Luftwegen*[1]" otwarcie wypowiada, że w takich razach żadnego skutku z operacyjnych zabiegów spodziewać się nienależy. Przypadki zaś, gdzie przez głębokie sondowanie ciało obce wydobyć się udało, uważa za szczęśliwe wyjątki. W podobny sposób wyrażają się też chirurgowie pierwszorzędni. W ostatnich czasach spotykamy przypadek Maundera[2], który wyjął z głębi lewego oskrzela u 13 letniego chłopca guzik szklany za pomocą podwójnego drutu srebrnego haczykowato zagiętego. W innym przypadku wyjął Lucas[3]) odłamany koniec rurki z lewego oskrzela za pomocą wygiętych szczypczyków. Zajmującym jest przypadek Cannera[4]), w którym podobnie jak w naszym 11 letni chłopiec wciągnął do dróg oddechowych strzałkę z t. z. fistuły. Natychmiast wystąpił napad duszności, skutkiem której na drugi dzień wykonał Canner tracheotomiję, nie mógł jednakże wydostać strzałki przez ranę tracheotomijną. W 15 dni później wykrztusił ją chłopiec samodzielnie. Pod względem narzędzi służących do wyjęcia ciał obcych z oskrzeli, należy nam oprócz powyżéj wspomnianego podwójnego drutu haczykowato wygiętego i zakrzywionych szczypczyków wspomnieć o narzędziach przedstawionych ku temu celowi przez Rosera na IX kongresie Tow. niemieckich chirurgów Jednem z nich był rodzaj pierścienia na wygiętéj rączce, które Roser zalecał zwłaszcza w obec ciał łatwo pęczniejących, jak ziarnka grochu itp. Drugie narzędzie, podobne do pierwszego, służyło mu do wydobycia odłamanéj nóżki porcelanowéj lalki, która utkwiła w prawem oskrzelu głównem. Do tych narzędzi dodałbym jeszcze Schrötterowskie szczypczyki oraz tępą łyżeczkę, jakiéj używam do wyjmowania błon rzekomych z oskrzeli. Oba narzędzia dają się nagiąć dowolnie, odpowiednio do potrzeby, a przytem są dość sztywne, aby nadanego im wygięcia przy lada nacisku nie zmieniły. (Dok. n.)

[1]) *Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd.* XVI, *Heft* 3 i 4.— [2]) *The Lancet* 1876, Vol. II, pag. 854.— [3]) *The Lancet* 1877, Vol. I, p. 92.— [4]) *The Americ. Journ. of med. sciences* 1877 Oct.

III. Z kliniki chirurgicznéj prof. Kosińskiego w Warszawie.

Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych.

(Odczyt wypowiedziany na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego d. 27 września 1887 roku).

Podał
Karol Zagórski,
asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Kończąc na tém opis klinicznego przebiegu ostatniego spostrzeżenia muszę zwrócić szczególną uwagę na bardzo rzadko występujące równocześnie, a tu właśnie przez nas spostrzegane: zatkanie przewodu żółciowego wspólnego i wodną puchlinę pęcherzyka. Jeśli zdarza się nam napotkać chełboczący guz, który na zasadzie klinicznych objawów mamy prawo uważać za rozciągnięty pęcherzyk żółciowy, wówczas zawartość tego guza może być żółcią, ropą lub śluzem, względnie do tego, czy mamy do czynienia ze wstrzymanem wydzielaniem się żółci do przewodu pokarmowego, z ropniem pęcherzyka żółciowego lub wodną jego puchliną. Stosownie do każdego z pomienionych przypadków zmienia się zazwyczaj obraz kliniczny. Tak puchlina pęcherzyka daje nam najczęściéj guz niebolesny i ruchomy, przebiega bez żółtaczki i gorączki, a wątroba zachowuje przytém normalną objętość. Jeśli do tych danych przyłączą się objawy zapalenia jakoto: umiejscowiona bolesność, dreszcze, nasilenia gorączkowe, jeśli nadto guz zrazu ruchomy mniéj poruszalnym się stanie, wówczas słusznie przypuścić możemy, że wodna puchlina pęcherzyka żółciowego w ropień się przetworzyła. Jeśli nakoniec rozciągnięty pęcherz żółciowy zawiera li tylko nadmierną ilość żółci, wówczas stan ten zależny od przeszkody w drożności przewodu żółciowego wspólnego, występuje równocześnie ze wszystkiemi znanemi objawami wstrzymanéj wydzieliny żółci. W naszym przypadku mieliśmy *par excellence* wszystkie objawy zatkania przewodu żółciowego wspólnego, byliśmy więc zupełnie w prawie przypuszczać, że rozdęcie pęcherzyka żółciowego wspólnego zależy od nagromadzenia w nim zbytecznéj ilości żółci. Tymczasem laparotomija wykazała, że zatkanie przewodu żółciowego wspólnego miało istotnie miejsce, ale nagromadzony w pęcherzyku żółciowym płyn był całkiem innéj natury. Toteż słusznie powiada Denuce[1]), że jeśliby równocześnie z objawami zatkania przewodu żółciowego wspólnego wystąpiła puchlina wodna pęcherzyka, to w tym rzadkim zbiegu okoliczności błąd rozpoznawczy pod względem oznaczenia zawartości guza byłby nieuniknionym. Tak samo racyjonalnie wnosić można, że gdyby puchlina pęcherzyka żółciowego wystąpiła przypadkowo jednocześnie z zatkaniem przewodu wątrobowego, to musiałaby nieuchronnie być przyczyną fałszywego rozpoznania, co się tyczy umiejscowienia istniejącéj przeszkody; przy objawach bowiem niedrożności przewodów żółciowych przypuszcza się, jak wiemy, że jeśli pęcherzyk żółciowy jest przepełniony, rozdęty płynem, to przeszkoda umiejscowiona jest poniżéj ujścia przewodu pęcherzykowego i na odwrót przy istnieniu przeszkody w przewodzie wątrobowym pęcherzyk bywa zazwyczaj próżny. Na tę możliwość i nieomal konieczność błędnego rozpoznania w takim przypadku dla tego kładę tu szczególny nacisk, że taki zbieg okoliczności uniemożliwiłby w danym razie pomyślny skutek chirurgicznéj pomocy. W naszym przypadku pod względem wskazań operacyjnych było nieomal obojętném, czy pęcherzyk zawiera śluz czy żółć, czego najlepszym dowodem, że znaleźliśmy właśnie wodną puchlinę pęcherzyka, a jednak udało nam się groźne dla życia chorego objawy cholemii usunąć; ale gdybyśmy byli natrafili na *hydrops vesicae felleae* i równoczesną przeszkodę w drożności przewodu wątrobowego, którytostan, raz jeszcze powtarzam, pod względem klinicznych objawów dałby obraz z naszym przypadkiem zupełnie identyczny, to cholecystotomija nie byłaby odniosła żadnego skutku, mimo iż wskazanie operacyjne teoretycznie ze względu na tożsamość klinicznych objawów byłoby jednakowo uzasadnioném.

Obserwacyja kliniczna przekonywa, że tak samo zawsze z zastrzeżeniem przyjmować winniśmy i wszelkie inne dyjagnostyczne wskazówki, w jakie nas najracyjonalniéj zresztą zaopatruje teoryja. Tak n. p. w pierwszym opisanym tu przypadku, operowanym przez prof. Kosińskiego, mieliśmy do czynienia z ropniem pęcherzyka żółciowego, a jednak guz był zupełnie ruchomy, nie miał wcale zrostów, nie sprawiał

[1]) *Tumeurs et calculs de la vésicule billaire, par le Dr. Maurice Denucé. Paris* 1886 p. 80.

choréj żadnego bólu, i nie wywoływał ogólnéj gorączkowéj reakcyi, co razem wzięte daje nam obraz nie ropnia ale wodnéj puchliny pęcherzyka żółciowego. Nakoniec w świeżo przez kol. Jawdyńskiego operowanym przypadku głównem wskazaniem do cholecystotomii były przychodzące paroksyzmami szalone nasilenia bólów, a jednak przy laparotomii okazała się wodna puchlina pęcherzyka żółciowego, któréj jak wiemy umiarkowana zazwyczaj towarzyszy bolesność. Widzimy więc, jak luźne są dane, na których oprzećby się można przy bliższém określeniu natury zajmującego nas cierpienia To téż jeśli z jednéj strony mamy obowiązek znać je o ile można dokładnie, aby przez ich nieświadomość grubych nie popełniać błędów, to z drugiéj strony unikać gorliwie winniśmy zbyt ślepego powodowania się niemi pomnąc, iż zbyt absolutny schematyzm w rozumowaniu bywa często przyczyną błędnych logicznie wywodów.

Przechodzę teraz do rozbioru metod operacyjnych, jakie chirurgija co do leczenia chorób dróg żółciowych podaje i do ocenienia wskazań dotyczących każdego poszczególnego sposobu postępowania. Kwestyja ta po dziś dzień zresztą tak wszechstronnie była rozpatrywana, literatura odnośna jest już dziś tak bogata, że ograniczyć się tu musimy do bardzo pobieżnego rysu, zaznaczając te tylko prace, które się głównie do postępu pojęć w téj mierze przyczyniły.

Wspomniałem już na wstępie, że Petit pierwszy zasady pomocy chirurgicznéj w chorobach dróg żółciowych teoretycznie ustanowił i przez podanie odpowiednich wskazań praktycznie rozwiązać usiłował [1]). Memoryjał Petita przedstawiony Akademii chirurgicznéj w 1743 r. rozpada się na dwie części: w pierwszéj rozbiera on objawy, na zasadzie których rozpoznać możemy różnéj natury guzy powstałe w skutek nagromadzenia żółci w pęcherzu żółciowym; w drugiéj porównywając budowę anatomiczną, czynności fizyjologiczne i zboczenia chorobowe pęcherza moczowego i pęcherza żółciowego, dochodzi do wniosku, że w analogicznych cierpieniach analogiczne metody operacyjne tu i tam stósowane być winny. Petit przyjmuje możliwość chirurgicznéj pomocy tylko w przypadkach, w których pęcherzyk żółciowy zrośnięty jest ze ścianą brzuszną, rozbiera więc obszernie objawy, które o istnieniu tych zrostów wnosić pozwalają i doradza względnie do okoliczności: przekłócia pęcherzyka trójgrańcem, rozcięcia pęcherzyka i wydobycia zeń kamieni, z poprzedniém ich w razie potrzeby zmiażdżeniem. Taka jest w ogólnym zarysie treść zdumiewającéj szerokością poglądów i jasnością w przedstawieniu rzeczy, pracy, na zasadzie któréj genijalny chirurg nową drogę postępowania wytknął. Tuż obok Petita zaznaczyć musimy pracę Herlina, który wkrótce potém, bo w 1767 r., na zasadzie doświadczeń poczynionych na psach i kotach, proponuje podwiązanie przewodu pęcherzykowego i wycięcie pęcherzyka żółciowego, przy ranach pęcherzyka żółciowego, a także i przy nagromadzeniu w nim kamienistych złogów. Pochop do poszukiwań dały Herlinowi współcześnie ogłoszone spostrzeżenia Sabatiera i Staparta van der Wiel, dotyczące śmierci w skutek zranienia pęcherzyka żółciowego [2]). Uzasadniając możliwość wykonania téj operacyi u człowieka, Herlin powiada, że w danym razie nie wstrzymywałyby go wcale trudności operacyjne, a li tylko niedokładność rozpoznawczych danych. Dodaje jednak, że nawet w razie wątpliwym w obec istniejącego niebezpieczeństwa nie wahałby się otworzyć jamy brzusznéj, powodując się aforyzmem Celsiusza: *In dubiis melius est anceps quam nullum experire remedium.* Tak więc przed 120 laty prosty chirurg marynarki uzasadniał potrzebę i proponował wykonanie rozpoznawczéj laparotomii i wycięcie pęcherzyka żółciowego, rękoczynów, które liczą się do najśmielszych zdobyczy współczesnéj chirurgii. Śmiałego pomysłu praca Herlina przeszła na razie niespostrzeżona, ale za to poglądy wypowiedziane przez Petita powszechną na siebie zwróciły uwagę i wywołały cały szereg rozpraw i komentarzy. Zasługuje z nich na wzmiankę, jako usiłowanie pewnego postępu, praca Blocha [1]), który pierwszy podniósł myśl sztucznego wywołania zrostów ściany brzusznéj z pęcherzem żółciowym, celem utorowania doń dostępu bez otworzenia jamy otrzewnéj. W tym celu używał on zewnętrznych drażniących środków, cebuli, chrzanu, kantaryd. Przytacza on jedno swoje i dwa obce spostrzeżenia, dotyczące przypadków leczonych w ten sposób z pomyślném zejściem. Z kolei wspomnieć też musimy o propozycyi Richtera [2]), który, idąc daléj, radzi wywołać zrost pęcherzyka żółciowego ze ścianą brzuszną przez nakłócie pęcherzyka trójgrańcem i pozostawienie go w miejscu nakłócia. Richter powiada nadto, że możnaby też szybszą drogą osiągnąć ten sam skutek przez nacięcie ściany brzusznéj aż do otrzewny i przyłożenie żrących środków. Nakoniec po utworzeniu w ten sposób przetoki żółciowéj, w razie zatkania przewodu żółciowego wspólnego, radzi starać się przepełnąć przeszkodę za pomocą elastycznego cewnika. Po pracy Richtera przez dłuższy przeciąg czasu nic napotykamy ważniejszych w tym kierunku usiłowań, aż dopiero w 1826 r. Campaignac opierając się na doświadczeniach wykonanych na zwierzętach, wykazuje możliwość częściowego wycięcia pęcherzyka [3]). Doświadczenie wykonał on w ten sposób, że pęcherzyk żółciowy przewiązał w środkowéj części za pomocą mocnéj ligatury i część obwodową pęcherzyka po za nawiązką odciął. Utrzymuje on, że w ten sposób możnaby wycinać kamienie żółciowe wraz z częścią pęcherzyka, wtedy nawet, gdyby pęcherz żółciowy wcale do ściany brzusznéj nie przylegał. Dodaje nadto, że dla zapobieżenia możliwości powstawania nowych złogów w pozostałéj części pęcherzyka można równocześnie podwiązać przewód pęcherzykowy, zapobiegając na zawsze przedostawaniu się żółci do pęcherzyka, a *respective* i uniemożliwiając powstawanie w nim nowych kamieni żółciowych. W 1833 r. Carré [4]) podaje znów nowy sposób operacyjny będący już przejściem do dzisiaj używanych metod. Proponuje on mianowicie przecięcie ściany brzusznéj wraz z otrzewną, odkrycie guza, wstawienie go w ranę w ścianie brzusznéj zrobioną, nałożenie opaski uciskającéj na 48 godzin i nakoniec po upływie tego czasu, kiedy pęcherzyk żółciowy do ściany brzusznéj przyrośnie, opróżnienie go z zawartości przez rozcięcie. Bégin stosował ten sposób dwukrotnie z dobrym skutkiem, a niedawno jeszcze uciekał się doń i Kocher. Nakoniec w bliższych już nas czasach, bo

---

[1]) *Oeuvres complètes de Jean Louis Petit maître en chirurgie* p. 445—466. (Wydanie z r. 1837) — [2]) *Sur l'ouverture de la vésicule de fiel et sur son extirpation, chez le chien et le chat. Journ. de méd. de chir. et de pharm. dirigé par Roux* T. XXVII *Juillet* 1767.

[1]) *Bloch. Medicinische Bemerkungen.* Berlin 1774. (Cyt. u Rotha p. 90. — [2]) *Anfangsgründe der Wundarzneik. Gottingue* 1798 T. V, p. 87 (*Denncé loco citato* p. 94). [3]) *Campaignac. Des plaies des voies biliaires, de la ligature de la vésicule et de la ligature particlle de ce réservoir. Journ. hébdom.* T. II 1829. — [4]) *Thèse de Paris* 1883. (*Dennce* l. c. p. 96).

w 1859 r. Thudicum [1]) podaje już zupełnie racyjonalny i zgodny z nowemi poglądami sposób postępowania. Radzi on mianowicie otworzyć jamę brzuszną, wybadać za pomocą palca pęcherzyk żółciowy, a jeśli się w nim znajdą kamienie, przyszyć go do brzegów rany w powłokach brzusznych. W sześć dni późniéj każe przyszyty pęcherzyk szerokiém cięciem otworzyć i zawarte w nim kamienie wydobyć. Dodaje on, że operacyja ta powinna być łatwiejszą do wykonania od cięcia pęcherza moczowego, a mniéj niebezpieczna, niż zwyczajna owaryjotomija. Wkrótce potém, bo w 1867 r., Bobbs[2]) bez powziętego z góry planu teoretyczne przepisy podane przez Thudicuma w czyn wprowadził. Sądził on mianowicie, że ma do czynienia z torbielem jajnika, tymczasem przeciąwszy ścianę brzuszną znalazł guz chełboczący o cienkich, przeświecających ścianach, po przecięciu których wraz z płynną przeźroczystą zawartością wydzieliły się na zewnątrz kamienie żółciowe. Wówczas zdecydował się przyszyć ścianę guza do brzegów rany brzusznéj. Chora wyzdrowiała. W 1878 r. Blodgett, rozpoznawszy zatkanie przewodu żółciowego wspólnego, pierwszy świadomie myśl Thudicuma usiłował zastosować Po przecięciu ściany brzusznéj wszył on pęcherz żółciowy w ranę brzuszną, ale chora zmarła na trzeci dzień po operacyi, zanim zdołano wykonać drugą część operacyi, t. j. przecięcie pęcherzyka. W parę miesięcy późniéj Marion Sims [3]) wykonał nareszcie po raz pierwszy właściwą cholecystotomiję, przyczém na jednem posiedzeniu pęcherzyk do ściany brzusznéj przyszył i z zawartości opróżnił. Wypuścił on przytém 750 grm. płynu i wydobył 66 kamieni żółciowych. Chora w najwyższym stopniu wycieńczona, przedstawiająca wszystkie objawy cholemii posuniętéj do ostatnich granic, zmarła w kilka dni późniéj w skutek krwotoków kiszkowych. Równocześnie prawie z Marionem Simsem (w 1½ mies. późniéj) wykonał pierwszą swoją cholecystotomiję Kocher, a następny rok 1879 przynosi nam spostrzeżenia Keena i pierwszy przypadek pierwszéj seryi cholecystotomij wykonanych przez Lawson Taita. Seryja ta obejmuje 21 przypadków, wszystkie pomyślnie zakończone [4]). Odtąd cholecystotomija rozpowszechnia się już coraz bardziéj, tak że niektórzy operatorowie ogłaszają całe szeregi odnośnych spostrzeżeń. W 1882 roku Langenbuch wykonywa po raz pierwszy wycięcie całego pęcherzyka żółciowego i proponuje stosowanie téj operacyi w tych wszystkich przypadkach, w których robiono dotychczas rozcięcie pęcherzyka. Jedyném przeciwwskazaniem dla téj operacyi jest podług Langenbucha niedrożność przewodu żółciowego wspólnego. Nakoniec w tym samym roku Winiwarter w przypadku stałéj niedrożności przewodu żółciowego wspólnego po dokonanéj poprzednio cholecystotomii przywraca bieg żółci do kanału pokarmowego za pośrednictwem wytworzenia sztucznéj przetoki kiszkowo-pęcherzykowéj. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Sticker (Kolonija): **O wpływie wydzielania soku żołądkowego na zawartość chlorków w moczu.**

Zmniejszoną ilość chlorków w moczu osób, dotkniętych podwyższoną kwasotą soku żołądkowego zauważyli już dawno Gluziński i Jaworski (*Münch. med. Wochensch.*, 1887, Nr. 7); u jednego chorego chlorków w moczu wcale nie było, a w miarę jak się podnosiła kwasota soku żołądkowego i ilość chlorków się zmniejszyła. To samo zauważył i ogłosił Rosenthal (*Münch. med. Woch.*, Nr. 28). Ostatni wcale się nie stara wytłumaczyć przyczyny tego zjawiska; ze spostrzeżeń Gluzińskiego i Jaworskiego wynika, że przyczyny zmniejszonéj ilości kwasu solnego należy szukać z jednéj strony w podwyższonéj kwasocie soku żołądkowego, z drugiéj strony w upośledzoném wchłanianiu chlorków przez zmienioną ścianę żołądka. Że zmieniona ściana żołądka w daleko posuniętych okresach rozszerzenia jego nie pochłania należycie chlorków, wykazali klinicznie i za pomocą dokładnych rozbiorów Popow i Scherf, a od dawna już używamy próby za pomocą jodku potasu do ocenienia, jak daleko jest już posunięty nieżyt żołądka, stosownie do tego, czy prędzéj czy późniéj możemy wchłonięty jod wykazać w wydzielinach (ślinie, moczu itp.). S. potwierdza na podstawie swoich kilku przypadków, że rzeczywiście może ilość chlorków w moczu spaść aż do zera, jeśli nastąpi zupełne zwężenie żołądka w okolicy odźwiernika, zarówno gdy oprócz osłabionego wchłaniania jeszcze i kwasota soku żołądkowego jest wysoką. Oprócz swoich spostrzeżeń klinicznych robił S. jeszcze doświadczenia w tym kierunku, czy samo wydzielanie kwasu solnego w żołądku przy zupełnie wstrzymanym dowozie chloru przez głód, wymioty, zmniejszone wchłanianie, albo czy odciąganie chloru organizmowi w inny sposób przez wymioty, przepłukiwanie żołądka, podawanie przez długi czas soli potasowych, nagromadzenie się chlorków w jakimś wysięku zapalnym są w stanie zmniejszyć na krótki lub dłuższy czas ilość chlorków w moczu albo może całkiem je znieść. Doświadczenia robione pouczyły go, że obfite wydzielanie soku chlor zawierającego może sprowadzić przejściowe zmniejszenie chlorków w moczu, jeśli są dane warunki zatrzymania go w żołądku, że nawet najobfitsze wydzielanie soku żołądkowego przy zupełném zatrzymaniu go w żołądku albo zupełném wydaleniu go z organizmu nie są w stanie zupełnie pozbawić chlorków nawet moczu z pierwszych 24 godzin zebranego, jeśli przedtém jeszcze nie nastąpiło zupełne prawie zmniejszenie zapasu chlorków w ustroju przez długie posty, częste wymioty itp. (*Berliner klin. Wochensch*, 1887, Nr. 41). *H. K.*

W. Lubliński (Berlin): **O leczeniu gruźlicy płuc i krtani za pomocą kreozotu.**

Rozmaite wyniki lecznicze, jakie otrzymali różni klinicyści po stosowaniu kreozotu w chorobach na gruźlicy opartych, przypisać należy, jak się przekonał L. i na co zwrócił uwagę Hager (*Kreosot, seine Erkennung und Wirkung. Pharm.-Centralbl.*, 1882), téj okoliczności, że nie wszyscy mieli pod ręką jeden i ten sam wyrób fabryczny. Najczęściéj bowiem, jak to Hager wykazał, znajduje się w handlu kreozot otrzymany ze smoły z węgla kamiennego, a jest pięć razy tańszy od prawdziwego kreozotu ze smoły z bukowego drzewa otrzymanego, od niego jaśniejszy; na światło słoneczne wystawiony zmienia swą barwę na czerwonawą, a po podaniu go chorym występują często wymioty i zabarwienie moczu ciemne, podobnie jak przy zatruciu kwasem karbolowym, który zdaje się być w znaczniejszéj ilości w nieczystym kreozocie zawarty, bo nawet i z rozczynem sześciochlorku żelaza podobnie oddziaływa. Nieczysty kreozot psuje żołądek; jeśli oprócz tego uwzględnimy, że kreozot łączy się zwykle z rozmaitemi balsamami, do których zdrowy żołądek przede-

[1]) *On the pathology and treatment of gall stones. British Medical Journal November* 1859. A także Thudicum *Treatise on gall stones London* 1863. — [2]) *Denncé* l. c. p. 99. — [3]) *British Medical Journal* 1878 II, p. 811. — [4]) *Traité des maladies des ovaires, suivi d'une étude sur quelques progrès récents de la chirurgie abdominale et pelvienne par Lawson Tait. Traduit par le Dr. Adolphe Ollier. Paris* 1886 p. 441—454.

wszystkiém mieć trzeba, pojmiemy, dla czego go wielu lekarzy niechętnie podaje, a wielu chorych niechętnie bierze.

W poliklinice zapisywał L. kreozot w rozczynie wyskokowym (*Rp. Kreosoti* 2·0, *Alcoh. absol. Aq. ment. pip. āā ad* 200·0 *DS.* 2 do 4 łyżek dziennie w wodzie używać) w porze zimowéj z tranem i to rozczyn 1%, z tego dwie lub trzy łyżki dziennie; zwykle kazał chorym zaczynać od łyżeczek do kawy a potém gdy się już do niego przyzwyczaili, przechodzili do łyżek stołowych. Lek ten brali niektórzy chorzy miesiącami. W prywatnéj praktyce zapisywał kreozot w kapsułkach po 0·05 *pro dosi*, najpierw po dwie dziennie, potém po trzy i wyżéj. Dla kreozotu podanego według Sommerbrodta z balsamem tolutańskim trzeba mieć zdrowy zupełnie żołądek.

Przypadki L. przemawiają za kreozotem, podobnie jak za tym środkiem są Fraentzel, Pick, Sommerbrodt i inni. L. podawał go w przypadkach niedaleko posuniętych zmian gruźliczych. Gdzie już były wrzody gruźlicze w jelitach lub można się było domyśleć zmian skrobiowatych w narządach, kreozotu nie podawał, również jeśli chory gorączkował. Podawał go za to nawet w przypadkach istniejącego krwioplucia wbrew zdaniu Wolffa, który go radzi wtedy nie podawać. W ocenianiu, czy i o ile polepszenie nastąpiło, nie kierował się L. znalezieniem zwiększonéj lub zmniejszonéj ilości prątków gruźliczych w plwocinach, zdaniem L. zapatrywanie co do tego jest zupełnie mylne. Za to zwracał uwagę na przedmiotowe badanie, ciężar ciała i wejrzenie chorego.

Baczną uwagę zwracał L. na zmiany w krtani. Z wielkiéj liczby chorych, którym podawał kreozot (180 w klinice, 32 prywatnych), a których mógł lepiéj obserwować, było 46 dotkniętych zmianami gruźliczemi w krtani. Niestety, powiada L., i ten lek nic nam nie pomaga w stanach świeżych nacieków gruźliczych w krtani podobnie jak jodoform, kwas mlekowy. W trzynastu przypadkach nacieków świeżych żadnego dodatniego skutku nie można było spostrzedz. Jeśli już wrzody się wytworzyły, kreozot wewnętrznie podawany albo wziewany, wdychiwany nic nie pomagał, za to okazał się dobrym przy miejscowém zastósowaniu go w postaci pędzlowań (*Rp. Kreosoti* 0.1, *spir. vini rect.* 2.0, *Glycerini* 8·0). 9 razy wrzody się zagoiły, a w niektórych przypadkach od lat kilku blizny się utrzymują zdrowe.

Przy podawaniu wewnętrznem lepsze miał L. wyniki, bo obok kreozotu i inne korzystne warunki wpływały na leczenie (pobyt na wsi, w górach). Szczególnie uderzał szybki przybytek na wadze, zmniejszenie się całodziennéj ilości plwocin i kaszlu, bólów w klatce piersiowéj i zmniejszenie się ilości prątków w preparatach mikroskopowych. Na rokowanie w leczeniu wpływało prawie zawsze to, czy apetyt chorych szybko się poprawiał: w ślad za tém szedł i przybytek znaczny i szybki na wadze.

W końcu zaleca L. wszystkim kreozot i radzi go podawać nie tygodniami lub miesiącami, ale z małemi przerwami, latami i to w coraz większych dawkach. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 38). *H. K.*

Chirurgija.

Maurice H. Richardson: O możności dokonania operacyj na przełyku drogą żołądka.

Autora zachęcił do badań w tym kierunku następujący przypadek. Przed rokiem zgłosił się do szpitala 37-letni wysoki, silny mężczyzna, który połknął płytkę z 4 zębami. Badanie wykazało ciało obce w przełyku blisko wpustu do żołądka a wszelkie zabiegi wydobycia go przez usta były daremnemi. Gdy ciężar ciała chorego zaczął zwiększać się i chory nie miał już dolegliwości, wypuszczono go ze szpitala. Po 11 miesiącach jednak zgłosił się on znowu mocno wychudły (gdyż odżywiał się tylko płynami) a ciało obce można było wykazać w tém samém miejscu. Do wydobycia ciała obcego pozostawały 2 drogi: 1) oesophagotomija zewnętrzna podług Macleana i 2) gastrotomija. R. obrał 2gi sposób postępowania celem wydobycia ciała obcego. Przez 2 dni przed operacyją odżywiano chorego lewatywami. Cięcie poprowadził R. wzdłuż lewego łuku żebrowego 6 cali długie; wydobył przez nie żołądek, który asystenci ujęli w ciepłe aseptyczne okłady. Pomiędzy obiema krzywiznami zrobił małe cięcie, w które wprowadzone kleszcze nie dały się wsunąć w otwór wpustu do żołądka. Cięcie następnie przedłużył wprowadził w nie całą prawą rękę, następnie w otwór wpustu do żołądka. Ciało obce tkwiące 2 cale powyżéj przepony łatwo wyczuł i wydobył manipulując ostrożnie palcem wskazującym i średnim. Szew kuśnierski na żołądku sposobem Lemberta. Wyzdrowienie zupełne powiklane objawami płucnemi, prawdopodobnie z powodu przedarcia przez zabiegi palcami ropnia naokoło przełykowego i wypróżnienia tegoż do płuca.

Ostatniéj zimy operował autor na 60 trupach i zrobił następne spostrzeżenia. Najpierw starał się zbadać położenie ciał obcych w przełyku w stosunku do wpustu do żołądka i chrząstki pierścieniowéj a to w celu przekonania się, czy drogą gastro- czy oesophagotomii ciało obce da się lepiéj dosięgnąć. Dalsze pytania, które sobie zadał, były następujące: która część przełyku jest przystępną dla palca po oesophagotomii zewnętrznéj, a która po gastrotomii? Jakie jest najlepsze cięcie dla gastrotomii w celu dosięgnięcia wpustu do żołądka palcami? Wreszcie, jakie jest najlepsze cięcie w żołądku?

Przy znajomości oddalenia ciała obcego od górnych zębów siecznych i od wpustu do żołądka łatwo ocenić, czy zatkania można dosięgnąć od dołu. W 55 przypadkach mierzono oddalenie zębów siecznych od otworu w przeponie; okazało się ono mniéj lub więcéj stałém; średnio wynosiło ono $14\frac{1}{8}$ cali (36,8cm.). Wysokość ciała badanego nie ma na to oddalenie żadnego wpływu. Największe oddalenie wynosiło 17 cali, najmniejsze $10\frac{1}{2}$ cali. Średnie oddalenie chrząstki pierścieniowéj od otworu w przeponie wynosiło $7\frac{1}{2}$ cali; największe to oddalenie wynosiło $9\frac{3}{4}$, najmniejsze $6\frac{1}{2}$ cali. Wszystkie części połyku są przystępne dla palców tak drogą gastro- jak i oesophagotomii zewnętrznéj.

Najpierw wykonywano w tych przypadkach gastrotomiję zewnętrzną w zwykły sposób; następnie otwierano żołądek i wprowadzano 2 palce lewéj ręki do otworu wpustu. Następnie wprowadzano palec wskazujący prawéj ręki do rany w przełyku zadanéj przy oesofagotomii. Palce obu rąk dały się zbliżyć do siebie z łatwością w każdym niemal przypadku, a nawet dawały przesuwać się jedne nad drugiemi. Monety i inne ciała mogła jedna ręka podawać drugiéj. Po wykonaniu gastro- i oesophagotomii i wprowadzeniu w wyż opisany sposób palców obu rąk do obu otworów łatwo jest bardzo dosięgnąć ciała obcego bądźto górnemi, bądź dolnemi palcami. Każdy więc punkt przełyku ludzkiego daje się dosięgnąć palcami. Wydawałoby się, że na trupach łatwiéj da się to uskutecznić z powodu zwiotczenia przepony; przepona jest jednak w miejscu przejścia przełyku stale przytwierdzoną do kręgosłupa, trudności więc u żyjącego nie powinny być większe. Doświadczenia te wykazały, że palcem

można wejść na 3 cale powyżéj wpustu do żołądka, tj. wprowadzić cały palec środkowy lewéj ręki. Przez ranę w szyi można dojść również głęboko, a w niektórych przypadkach można z łatwością dosięgnąć łuku aorty a nawet zahaczyć o takowy palcem. Oddalenie środka rany w szyi od przepony wynosiło nieco więcéj niż 6 cali; oddalenie zatém dolnego końca rany w szyi od przepony mogło wynosić $5\frac{1}{2}$—6 cali. Ciała obce zatém usadowione poniżéj odległości 6 cali od chrząstki pierścieniowéj dadzą się łatwo dosięgnąć palcami od dołu, usadowione powyżéj téj odległości dadzą się najlepiéj dosięgnąć górną raną. Co do cięcia w powłokach brzusznych to doświadczenia autora wykazały, że poprowadzone wzdłuż łuku żebrowego lewego jest najodpowiedniejsze do wprowadzenia ręki do żołądka; przy takowém także wydostaniu treści żołądkowéj na zewnątrz latwiéj da się zapobiedz. Cięcie w żołądku należy prowadzić więcéj na lewo i w pewnéj odległości od krzywizny górnéj, aby uniknąć nadwerężenia ważniejszych naczyń. Przy wydobyciu żołądka na zewnątrz należy wyprostować krzywiznę mniejszą. W tym celu asystent powinien stać po lewéj stronie chorego i uchwycić krzywiznę większą. Operator stojąc po prawéj stronie chorego chwyta krzywiznę mniejszą i napina ją w ten sposób. Cięcie w żołądku powinno być dostateczném do wprowadzenia najprzód narzędzia. Za wykonaniem gastrotomii w takich razach przemawia i ta okoliczność, że przy ściąganiu ciała na dół trudniéj jest uszkodzić ważne narządy aniżeli przy wyciąganiu ciała obcego do góry; ciało znajduje się zazwyczaj bliżéj wpustu do żołądka a więc przy wydobywaniu gastrotomiją ma odbyć mniejszą drogę.

Wreszcie niebezpieczeństwo gastrotomii w obecnych czasach znacznie się zmniejszyło dzięki postępom antyseptyki i techniki operacyjnéj. Od czasu wykonania z korzyścią gastrotomii przez Labbego w r. 1875 żaden przypadek laparotomii albo gastrotomii dla ciała obcego nie zakończył się zejściem śmiertelném. Wskazania do téj operacyi stanowiłyby ciała obce w połyku i zwężenie tegoż narządu. *(The Lancet.* October 8, 1887). *Dr. Bar̨ącz.*

Medycyna sądowa.

Prof. Reubold: **Uiber Pancreasblutung vom gerichtsärztlichen Standpunkte.** Leipzig, 1887, in 4to.

Na Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich, odbytym we Wrocławiu w r. 1874, prof. Zenker zwrócił uwagę na 3 przypadki nagłéj śmierci, w których znalazł krwotok do trzustki jako jedyną przyczynę śmierci, a ponieważ trudno było pojąć, jakim sposobem mierny krwotok trzustkowy mógł śmierć nagłą wywołać, przypuszczał zmiany w splocie słonecznym i w zwoju półksiężycowym (*Uiber tödtliche Pancreasblutung, D. Zeitschr. f. prakt. Med.*, 1874, Nr. 41, Przegląd Lekarski, 1875, Nr. 17). Teoryję tę swoją wprowadził Zenker następnie do praktyki sądowolekarskiéj, gdy w r. 1883 jako referent Wydziału lek. w Erlandze miał do ocenienia przypadek śmierci z zadławienia, w którym nadto znaleziono „w tkance komórkowatéj naokoło główki trzustkowéj, nadto pod otrzewną przeponową nad nerką lewą wynaczynienie objętości bobu i orzecha laskowego“; w tym przypadku orzekł Z., że najbliższą przyczyną śmierci było wynaczynienie trzustkowe, które odruchowo sprowadziło porażenie serca, a dławienie przyczyniło się tylko do śmierci (Rehm, *Aus der gerichtsärztl. Praxis, Friedreichs Blätter f. ger. Medicin*, 1883, pag. 331). Gdy nadto Kollmann (*Aerztl. Intelligenzblatt*, 1880, Nr. 39) ogłosił dwa podobne przypadki, a Eichhorst *(Realencyklopädie*, t. II, str. 43, wyd. 1sze) i Seun (p. *Przegląd Lek.* 1887, Nr. 39—41) wynaczynieniom w mowie będącym również przypisywali znaczenie wielkie, gdy wreszcie E. Hofmann (w ostatniém wydaniu swego dzieła str. 362) twierdzenie Zenkera podaje bez uwag, — zdawałoby się, że przypuszczenie to uzyskało obywatelstwo w medycynie sądowéj, tém bardziéj, że w sposób niby przedmiotowy tłumaczyło przyczynę śmierci w niektórych przypadkach, w których dotąd podstawy anatomicznéj do wyjaśnienia śmierci nie ma.

Reubold wychodząc z zasady arcysłusznéj, że medycynie sądowéj nie wolno zejść z podstawy faktów dokładnie wyjaśnionych i że w orzeczeniach nie powinno się stosować zdań, niemających jeszcze uznania powszechnego, że medycynę sądową porównać można z ciężkiemi działami, które posuwać się mogą tylko w miejsca przez korpus główny należycie rozpoznane, — zastanawia się, o ile praktyka sądowolekarska może korzystać z nauki Zenkera o krwotoku trzustkowym.

Według Klebsa nietylko krwotok sam do trzustki, ale towarzyszące mu sprawy zapalne, a głównie zadrażnienie otrzewny, są powodem silnego bólu, czasem w skutek cierpienia trzustki powstającego, a Balser nekrozę tłuszczową, która względnie często w trzustce występuje, a któréj towarzyszą krwotoki, poczytuje jako schorzenie śmierć wywołujące, podczas gdy Zenker przeciwnie główny nacisk kładzie na krwotok, który przez zadrażnienie splotu słonecznego staje się przyczyną porażenia serca i śmierci. Jednak już *a priori* powstają wątpliwości pod względem doniosłości tych zjawisk, jeżeli się uwzględni, że trzustka w organizmie zdaje się nie odgrywać roli znacznéj. Trudno przypuścić, aby gruczoł dla regularnego biegu życia tak obojętny, miał tyle wpływać na śmierć nagłą. Wszakże znosi on zmiany i urazy ogromne, tak ostre jak przewlekłe, bez szkody dla organizmu, a krwotok lub ucisk przezeń wywołany miałby mieć tak wielkie znaczenie?

Po dłuższym wywodzie teoretycznym R. dochodzi do wniosku, że krwotok do trzustki najczęściéj jest objawem towarzyszącym innéj chorobie ważnéj (tak np. w przypadkach opisanych przez Kollmanna krwotok wystąpił raz obok niedomykalności zastawki dwukończystéj i wysięku opłucnowego, w drugim przypadku obok rozedmy płucnéj połączonéj z puchliną osierdziową, piersiową i brzuszną, gdzie więc prędzéj dopatrzyć się można było przyczyny śmierci w uduszeniu aniżeli w krwotoku trzustkowym) a Friedreich zwrócił uwagę, że krwotok ten towarzyszy często wadom sercowym i stłuszczeniu serca. Zresztą uwzględnić należy, że krwotoki występują nietylko w skutek zastoin ale i skutkiem zboczeń naczynioruchowych, a jak w uduszeniu i otruciu, np. za pomocą arszeniku, wynaczynionki już nie uchodzą jako skutek działania miejscowego, lecz jako następstwo zboczeń wywołanych w ośrodku nerwowym, tak też w podobny sposób zapatrywać się należy na wynaczynienia trzustkowe.

Autor przytacza z własnéj praktyki 3 przypadki wynaczynień trzustkowych, które znalazł raz u kobiety otyłéj, zmarłéj z otrucia morfinowego, drugi raz u mężczyzny, który sam się powiesił, a trzeci u mężczyzny, który umarł z krwotoku skutkiem zranienia żyły udowéj. W tych przypadkach przyczyna śmierci była jasną, a nikt wątpić nie może, że wynaczynienia trzustkowe miały znaczenie uboczne, podrzędne. Z tych powodów autor stoi na stanowisku Klebsa, który wyraża się o trzustce, że „anatomija patologiczna poprzestać musi na zapisywaniu poszczególnych zmian tego przyrządu,

ponieważ wartości ich oceniać nie umie z pewnością w każdym przypadku“ i streszcza wywód swój ostatecznie w następujących zdaniach:

1) Wątpliwą jest rzeczą, czy krwotok trzustkowy wywołuje śmierć nagłą.

2) Jeżeli w przypadku śmierci nagłéj napotykamy krwotok trzustkowy, należy go uważać jako objaw zboczeń w krążeniu, które śmierć wywołać mogły.

3) W przypadkach śmierci nagłéj należy zwrócić uwagę na trzustkę o tyle, o ile częstokroć sama jedna oddziaływa na owe zboczenia wynaczynieniem, przez co ułatwić może rozpoznanie owych zboczeń. *L. B.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

VIII zwyczajne naukowe posiedzenie z dnia 21 maja 1887 r.

Kol. Prezes podaje do wiadomości, iż kol. Wiczkowski urządziwszy pracownię chemiczno-patologiczną przy szpitalu powszechnym, zaprasza członków do korzystania z niéj w razie potrzeby.

Kol. Ziembicki przedstawia torbiel jajnika, ogromnéj wielkości, wydobyty przez siebie przed kilku dniami. Chora żyje i ma się dobrze.

Kol. Laskiewicz miał dalszy ciąg odczytu, niedokończonego na ostatniem posiedzeniu: „O sekcyi mózgu“, przyczem okazał: długi spiczasty nóż podobny do amputacyjnego, nadający się do wykonania licznych cięć przez mózg, i następnie długi cieniutki obosieczny nóż z zaokrąglonym ostrym końcem szerokim na 2 cm., którym można robić nawet mikroskopowe cięcia przez mózg; wreszcie jednę sztukę dłutów Brunelliego lekko łukowato zakrzywionych w około osi poprzecznéj, trójkątnych o przedniéj ostréj dłutkowatéj stronie. Prosta linija jednéj strony dłuta idąca w kierunku osi rękojeści wydłuża się poza dłuto w kształcie tępego wyrostka, raczéj dziuba żelaznego długości 2 cm., grubości w przecięciu 3 mm. Koniec ten wprowadza się w przewód pacierzowy i przez uderzenie młotkiem w rękojeść, przednia ostra strona dłuta przecina kręgi pacierzowe.

Następnie kol. Laskiewicz odczytuje historyję choroby i wynik sekcyi dokonanéj na pewnym paralityku, demonstrując tegoż prawy płat czołowy, uległy sprawie chorobowéj.

W dyskusyi kol. Feigel wyraża zdanie, iż okazana przez prelegenta cysta apoplektyczna uważana być może jako *encephalitis*, przyczem omawia podobny przypadek niedawno przezeń sekcyjonowany.— Kol. Kadyi jest zdania, że za granicę dolną rdzenia przedłużonego winno się uważać to miejsce, z którego wychodzą pierwsze nerwy szyjne. — Kol. Mahl porusza kwestyję choroby t. zw. Railway spine, powstającéj przez wstrząśnienie przy zderzeniu się pociągów i radzi ostrożnie orzekać w takich przypadkach co do przyczyny cierpienia. Kol. prelegent odpowiada, że demonstrowaną cystę dla tego należy uważać za apoplektyczną, bo ściany jéj są wyścielone gładką błonką z tkanki łącznéj, bo na téj ścianie pozostały jeszcze drobne złogi barwika żółtawego, bo przez cystę przechodziło kilka przegródek (zazwyczaj) przy encefalitycznêm rozmiękczeniu zniszczonych, bo wreszcie przebieg choroby, zbiór porażeń i znieczuleń odpowiadał w zupełności obrazowi porażenia, jakie tak często pozostaje po apopleksyi.

Z kolei kol. Szpilman przytoczył przypadek zastósowania badania bakteryjologicznego w medycynie sądowéj.

W dyskusyi kol. Feigel sądzi, iż skutek takich badań przewidzieć można nawet bez ścisłych dochodzeń. Kol. Ziembicki nawiązując słowa swe do uwagi kol. Szpilmana, że i chirurdzy za zanieczyszczenie rany mogą być pociągani do odpowiedzialności, odpowiada, że dobremu chirurgowi w obec dzisiejszéj antiseptyki coś podobnego wydarzyć się nie powinno. A jeżeli mimoto przebieg pooperacyjny zostawia wiele niekiedy do życzenia, wina tego leży w małéj odporności organizmu. Kol. Laskiewicz obserwował, iż tak małe uszkodzenie skóry, jak jest wstrzyknięcie podskórne, wywołuje często u chorych umysłowo ze skórą surowiczo nacieklą, np. pijaków, ropnie flegmon., przyczêm wspomina o śmierci jednego ze swoich kolegów, który zginął przez zakażenie rany po wyjęciu zęba bawiąc w prosektoryjum anatomo-patologicznêm. *Dr. Wiczkowski.*

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Ze Zjazdu higijeniczno-demograficznego międzynar. we Wiedniu.

K. Buchner (Monachijum): **Jakie jest usposobienie różnych ras ludzkich do rozmaitych chorób zakaźnych?**

B. podzieliwszy sobie choroby zakaźne na takie, których zarodki rozwijają się tylko w ustroju ludzkim *(endogen)*, i na takie, które się po za nim rozwijają *(ektogen)*, zastanawia się nad têm, jak się w obec nich zachowują ludzie i jak one na nich wpływają w różnych okolicach świata, w innych strefach, jeśli tam z innéj części kuli ziemskiéj się osiedlą. Do pierwszych zalicza gruźlicę i dur powrotny, których prątki i zarodki, zdaniem B., po za ustrojem albo trudno, albo wcale się nie rozmnażają, a do drugich te, których zarodki dla rozwoju swego potrzebują wody, ziemi, miejsca odpowiedniego. Niestety nie ma dostatecznych podstaw i wykazów, jak się w obec wszystkich chorób zakaźnych zachowują w różnych okolicach ziemi krajowcy, a jak przybysze, jak rasa biała a jak czarna. O zimnicy można na pewne powiedzieć, że przybysze (np. Europejczycy w Afryce lub Ameryce) o wiele mniéj są odporni aniżeli krajowcy, że ostatni ulegają jéj wprawdzie także, ale śmiertelność ich na tę chorobę jest daleko mniejsza; B. przypuszcza u nich charakter przewlekły a nie tak ostry jak u Europejczyków, u rasy białéj, a w rozmnażaniu się rasy czarnéj wcale nie wchodzi w rachubę jako okoliczność powstrzymująca lub przeszkadzająca. Wszyscy się na to zgadzają, że rasa czarna szczególnie jest odporną na żółtą febrę, podczas gdy ta zawsze rasę białą dziesiątkuje. Inaczéj rzecz się ma z chorobami, których zarodniki i prątki rozwijają się w samym ustroju ludzkim. Na ospę nawet wtedy, kiedy rasy białéj jeszcze nie szczepiono, w Egipcie, zachodniéj Afryce, Peruwii, północnéj Ameryce, więcéj zapadali czarni niż biali, przebieg ospy u nich był o wiele cięższy niż u białych, a śmiertelność znaczniejsza. To samo można powiedzieć o gruźlicy. Co do innych chorób albo nie ma dokładnych dat, albo nie można stanowczo za jedną lub drugą stroną się oświadczyć W każdym razie wysnuwa B. następujące dwa wnioski:

a) Europejczycy są narażeni przez stykanie się z murzynami na zarażenie się jadem chorób zewnątrz organizmu się rozwijającym;

b) rasa czarna, zetknąwszy się z chorym białym, ulega bardzo łatwo téj saméj chorobie, która u niego o wiele ostrzéj i gorzéj przebiega. Powinny též rządy, którym na utrzymaniu ginącéj coraz liczniéj rasy czarnéj, jako klasy robotniczéj, zależy, wydać pewne w tym kierunku zarządzenia i przepisy. (*Wiener med. Blätter* 1887, Nr. 38). *H. K.*

(*H. K.*) Na posiedzeniu oddziału matem.-przyrodniczego Akademii węgierskiéj w Budapeszcie miał prof. Höyges wykład „o nowym sposobie ochronienia od zarażenia wścieklizną“. Jeżeli się z jadu wścieklizny, otrzymanego na drodze szczepienia z królików na króliki przez kilka pokoleń, przygotuje rozczyny wodne różnego zgęszczenia i z nich w pe-

wnym porządku, od słabszych do mocniejszych przechodząc, wstrzykuje psom pod skórę, można je na pewne zabezpieczyć od zarażenia wścieklizny. W ten sposób zabezpieczony pies nietylko jest odporny na jad przez ukąszenie do jego ustroju się dostający, ale nawet na jad wścieklizny najniebezpieczniejszy, pod opony mózgowe zaszczepiony. Cztery w ten sposób zabezpieczone psy znajdują się w zakładzie patologii ogólnéj. Zdaniem H. jest jego metoda pewniejszą i bardziéj prostą aniżeli metoda Pasteura; po przedstawieniu swojéj metody, mówił H. w dalszym ciągu wykładu o odporności i jéj powstawaniu. Zarówno przy metodzie Pasteura jak i przy jego metodzie ustrój pomału przyzwyczaja się do jadu wścieklizny, tak jak ustrój przyzwyczaja się do arsenu, a układ nerwowy do morfinu. (*Wiener med. Blätter*, 1887, Nr. 42).

○ Szerzenie się chorób zakaźnych przez wypożyczalnie książek. Nieraz już wskazywano na możliwość zawleczenia chorób zakaźnych przez książki; następne spostrzeżenie jednego z lekarzy angielskich wykazuje dobitnie, że to niebezpieczeństwo w rzeczywistości istnieje. Odwiedzając chorego na płonicę spostrzegł Dr. Taylor Simson w Lavender Hill w ręku chorego książkę z wypożyczalni, a gdy w tydzień później wezwany został znów do innego chorego na płonicę, zastał na stole leżącą tę samą książkę. Przy dopytywaniu przekonał się, że choroba pojawiła się w 2 dni po wypożyczeniu książki. Przypadek ten dowodzi, jak ostrożnym być należy z takiemi książkami oraz jak konieczną i pożyteczną jest desinfekcyja książek biblijotecznych, które były u chorych, zaprowadzone w niektórych miastach angielskich. (*Gesundheit*, 1887, Nr. 20).

* **Cholera** trwa jeszcze w Rzymie; aż do 19 października zachorowało osób 515 a umarło 204; w Neapolu ustała a zmniejszyła się w Mesynie, gdzie od 1 września do 14go października chorowało 2298 osób, a umarło 939. Również zgasła w Palermie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 9—15 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 23·5. Z plonicy umarło 1 (1 z. t.); z dławca i błonicy 3 (2 z. t.); z czerwonki 1 (1 z. t.); z gruźlicy 4 (4 z. t.); z zapalenia płuc 7 (8 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach dławca, 4 płonicy, 3 krztuśca, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 2—8 października umarło z ospy: w Tarnopolu 1, w Tryjeście 9, w Budapeszcie 2, w Rzymie 6, w Paryżu 4, w Warszawie 23, w Petersburgu 1. Z odry umarło w Brodach 1, w Tarnopolu 1, w Wiedniu 1, w Londynie 10, w Kopenhadze 33. Z plonicy umarło we Lwowie 4, w Brodach, w Drohobyczu, Przemyślu i Tarnowie po 1; w Warszawie 10, w Londynie 48, w Petersburgu 7. Z duru osutkowego umarło w Amsterdamie 2. Z duru brzusznego umarło w Hamburgu 6, w Paryżu 23, w Rzymie 6, w Londynie 13, w Petersburgu 8. Z czerwonki umarło we Lwowie 3, w Brodach i Tarnowie po 2, w Kołomyi i Tarnopolu po 1. Z krztuśca umarło we Lwowie i w Wiedniu po 1, w Londynie 38. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie 2, w Brodach 3, w Przemyślu i Tarnopolu po 1, w Berlinie 31, w Wrocławiu 13, w Dreźnie i Lipsku po 8, w Wiedniu 11, w Budapeszcie 18.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 2—8 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,8; we Lwowie 24,2; w Brodach 45,6; w Drohobyczu 21,8; w Kołomyi 37,7; w Przemyślu 34,6; w Stanisławowie 22,4; w Tarnopolu 43,1; w Tarnowie 28,3; w Czerniowcach 37,7; w Warszawie 32,7; w Poznaniu 27,1; w Wiedniu 20,9; w Salcburgu 19,3; w Gracu 20,2; w Tryjeście 40,4; w Insbruku 18,6; w Pradze 33,8; w Bernie 25,4; w Ołomuńcu 23,0; w Opawie 28,0; w Berlinie 20,3; we Wrocławiu 20,2; w Gdańsku 29,4; w Dreźnie 20,5; w Hamburgu 25,7; w Kolonii 19,0; w Królewcu 31,7; w Lipsku 15,3; w Mnichowie 24,1; w Strasburgu 18,2; w Amsterdamie 19,6; w Brukseli 21,7; w Budapeszcie 21,8; w Chrystyjanii 13,2; w Kopenhadze 25,1; w Londynie 15,7; w Odesie 29,0; w Paryżu 19,2; w Petersburgu 21,4; w Rzymie 23,9; w Stokholmie 26,8. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 17 listopada. Na dorocznem posiedzeniu Akademii Umiejętności wybrany został jednogłośnie prezesem na dalsze 3 lata prof. Majer; następnie członkiem czynnym prof. Kopernicki, członkiem korespondentem zaś prof. Cybulski.

* W sobotę przeszłą radca miejski prof. Domański demonstrował licznie zebranym członkom Tow. lekarskiego szczegóły miejskiego zakładu desinfekcyjnego na Dajworze. Opis tego zakładu podamy niebawem.

* Jeden ze znakomitszych fizyków pruskich, zamierzając ogłosić zbiór orzeczeń Wydziałów i kolegijów lekarskich, udał się do prof. Blumenstoka z prośbą o zezwolenie, aby kilka lub kilkanaście orzeczeń Wydziału lek. krakowskiego mogło być umieszczonych śród orzeczeń gron niemieckich. Temu zaszczytnemu wezwaniu czyniąc zadość, prof. B. zarządził kosztem wydawcy tłumaczenie na język niemiecki niektórych orzeczeń Wydziału lek.

* **Praga czeska**. Pod przewodnictwem burmistrza utworzyło się tu Towarzystwo, mające na celu założenie drugiego szpitala dla dzieci. Towarzystwo to składa się z czterech kategoryj członków, w miarę, czy wkładka ich jednorazowa wnosi 5000, 3000 lub 1000 zła. lub składka roczna w kwocie 10 zła.

Za inicyjatywą Wydziału lek. czeskiego odbędzie się 17go grudnia w auli uniwersyteckiéj uroczystość 100-letnich urodzin Purkyniego. Przy téj uroczystości mówić będą proff. Tomsa i Vejdovsky.

* **Wiedeń**. W miejsce Dra Ullmanna, mianowanego dyrektorem szpitala Rudolfa, mianowany został koncypistą ministeryjalnym w departamencie sanitarnym Ministerstwa spraw wewnętrznych Dr. Józef Deimer, dotychczasowy koncypista przy Namiestnictwie tyrolskiém.

* **Paryż**. Na wniosek Brown-Séquarda Cesarz brazylijski mianowany został Czlonkiem honorowym Tow. bijologicznego.

Chemik Chevreuil w d. 3 września r. b. rozpoczął 102 rok życia swego. W dniu tym o godzinie 1éj odwidził posiedzenie komitetu dla sztuk i rękodzieł, a o godz. 3éj przewodniczył na posiedzeniu Tow. agronomicznego, którego jest wiceprezesem.

* Dr. Kurłow, stypendysta Akademii lek. w Petersburgu, pracując w gabinecie bakteryjologicznym Bollingera w Monachijum, zraniwszy sobie palec zaraził się jadem karbunkułowym; w skutek czego prof. Nussbaum uznał za potrzebne wyłuszczenie gruczołów pachowych.

* Langenbecka *Archiv f. klin. Chirurgie* wychodzić będzie nadal pod redakcyją Bergmanna, Billrotha i Gurlta.

* W godzinę po straceniu mordercy Pranziniego odbyła się sekcyja jego zwłok w obecności prof. Brouardela. Pomiędzy innemi sprawdzono żywe ruchy plemników. *St. Petersb. med. Woch.* wspominając o tém dodaje wykrzyknik przy wyrazach: „przynajmniéj o $1^1/_2$ godziny po śmierci“; z czego wynika, że zdaje się niedowierzać temu wynikowi badania drobnowidowego. A przecie wiadomo, że ruch plemników, zwłaszcza, jak w tym przypadku, w nasieniu wydobytém z pęcherzyków nasiennych, utrzymuje się czasem nie $1^1/_2$, lecz kilkadziesiąt godzin po śmierci, a myśmy nawet w nasieniu z cewki moczowéj wypływającém mogli sprawdzić raz bardzo żywy ruch plemników, pomimo, że sekcyja odbyła się co najmniéj w 30 godzin po śmierci.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Kiel.** Systemizowaną tu będzie katedra higijeny a w połączeniu z nią stanie zakład higijeniczny — **Królewiec**. Prof. Naunyn powołany został do Strasburga jako następca Kussmaula, przechodzącego w stan spoczynku. — **Insbruk**. Na katedrę anatomii patol., opróżnioną w skutek śmierci Schotta, Wydział przedstawił jedynego kandydata w osobie prof. Weichselbauma w Wiedniu. — **Paryż**. W Wydziale lekarskim półrocze zimowe zaczęło się d. 3 bm. Wykładają obecnie: fizykę lekarską Gabriel, patologiję Dieulafoy, chemiję lekarską Gautier, chirurgiję ogólną Lannelongue, chirurgiję praktyczną Duplay, histologiję Duval, anatomiję patologiczną Cornil, historyję medycyny Laboulbène, medycynę sądową Brouardel, klinikę lekarską: Sée, Potain, Jaccoud, Peter; klinikę chirurgiczną: Richet, Verneuil, Trélat, Le Fort; psychijatryję: Ball; pedyjatryję Grancher; choroby kiłowe i skórne: Fournier; choroby nerwowe: Charcot; oczne: Panas; położnictwo: Du Budin. — **Petersburg**. Prof. nadzw. dyjagnostyki chorób wewn. Dr. Czudnowski wybrany został prof. zwyczajnym.

* **Wiadomości osobowe.** Przeniesieni zostali starsi lekarze Drowie Stanisław Steiner i Jan Kudas, pierwszy ze szpitala wojskowego krakowskiego do pierwszego pułku ułanów a ostatni ze szpitala wojskowego lwowskiego do 3go pułku ułanów.

* **Nekrologija** D. 4 bm. umarł w Dorpacie Dr. fil. Zygmunt Rościszewski, docent agronomii w tamecznym zakładzie weterynarskim, po długich cierpieniach. Urodzony w r. 1846 w Suwałkach po wielu burzliwych przejściach uzyskał dyplom doktora filozofii w Lipsku. Prof. Settegast zwrócił uwagę na młodego a zdolnego pracownika, który wkrótce mianowany został naprzód adjunktem profesora w zakładzie żabikowskim a potém profesorem zootechniki. Gdy nagle piękny ten zakład polski zamknięty został z rozkazu rządu pruskiego, R. przeniósł się do Lwowa jako docent prywatny, zkąd powołany został jako docent agronomii do zakładu weterynarskiego w Dorpacie. Zaledwie tu się pomieścił, gdy ciężka choroba przerwała kres jego pracowitego życia. Z *Neue Dörptsche Ztg.* z d. 5 i 7 bm. dowiadujemy się, jak wszyscy, którzy znali nieboszczyka, bez różnicy narodowości, czcili go za życia i ostatnią cześć mu oddali. W imieniu zakładu weterynarskiego mówił nad grobem radzca stanu Klever, w imieniu stowarzyszenia polskiego „Lutycyja" student Filipowicz, w imieniu studentów wszystkich Panin, imieniem weterynarzy rosyjskich Lisyzyn, wreszcie jako jeden z przyjaciół Mag. Ickowicz. W trzech językach brzmiały słowa pochwalne i żałobne na cześć zmarłego, — wielkie to uznanie i niezwykłe, jeżeli się zważy, że śp. R. zaledwie od roku bawił w Dorpacie. Z prac jego przytaczamy: umieszczone w archiwie Virchowa w r. 1875 p. t. „*Zur Kenntniss der Dignathie*" i rozprawę „Nieco o zapłodnieniu u ssących" drukowaną w Kosmosie w r. 1876. Cześć pamięci zacnego męża!

W Budapeszcie umarł nestor lekarzy tamecznych Dr. Ignacy Havas w 85 roku życia; był on dziekanem Wydziału lek. przed r. 1848, radzcą królewskim i kawalerem orderu św. Szczepana.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 46: Jakowskiego i Matlakowskiego: O twardzieli nosa (c. d.); Wróblewskiego: Gruźlica gardzieli (dok.); Matlakowskiego: 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnowéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 46: Dobrzyckiego: Kilka słów o wskazaniach do kąpieli elektrycznych; Drzewieckiego Przyczynek do właściwego leczenia pierwotnych ostrych zap. opłucnéj za pomocą salicylanu sodu lub salolu (dok.).

Sprostowanie. W Nr. 46 str. 622 zamiast *Aetheris sulf.* 30,0 powinno być: 3,0.

Redakcyja otrzymała:

Sprawa wodociągowa krakowska. Kraków, 1887 in 8vo str. 78.

Dr. A. CULLERRE: Magnetyzm i hypnotyzm. z 2go wydania francuskiego przełożył I. Wł. Dawid z 28 drzeworytami, Warszawa 1887 in 8vo str. 324.

Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi za r. 1885. Lwów, 1887 in 4to str. 43.

Dr. JASIŃSKI: Umysł a ciało (Odbitka z *Dziennika Polskiego*), Lwów 1887 in 8vo str. 19.

TENŻE: Nagła śmierć w szkole. (Odbitka z *Dziennika Polskiego*), Lwów 1887 in 8vo str. 29.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 23 listopada o godzinie 6éj **w sali wykładowéj prof. Adamkiewicza** posiedzenie zwyczajne, na którém kol. prof. Obaliński przedstawi kilku chorych, a doc. Gluziński będzie miał wykład: O zmianach chlorków w moczu w chorobach żołądkowych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.